

REGION  
JÄMTLAND  
HÄRJEDALEN



REVISIONSRAPPORT  
**GRANSKNING AV**  
**Vårdskador**

Jan-Olov Undvall

2020-03-07

Dnr: REV/27/2019

## *Innehållsförteckning*

1	SAMMANFATTNING .....	3
2	INLEDNING/BAKGRUND .....	4
3	SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING .....	5
4	REVISIONSKRITERIER.....	5
5	METOD .....	5
6	RESULTAT AV GRANSKNINGEN .....	6
6.1	KÄNNEDOM OM RUTINER OCH RIKTLINJER.....	6
6.2	ANSVARSFÖRDELNING .....	7
6.3	UNDERRAPPORTERING .....	9
6.4	UTTAG AV STATISTIKRAPPORTER.....	11
6.5	SPRIDNING AV ERFARENHETER .....	11
6.6	KOMPETENSUTVECKLING.....	13
6.7	PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE .....	14
7	SVAR PÅ REVISIONSFRÅGOR.....	15
8	KVALITETSSÄKRING .....	16
9	REFERENSER .....	17

2020-03-07

Dnr: REV/27/2019

## 1 SAMMANFATTNING

---

Regionens revisorer har genomfört en uppföljande granskning av den del av patientsäkerhetsarbetet som avser egenkontroll. Granskningen har syftat till att ta reda på om Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden har vidtagit åtgärder utifrån det som framkom i den tidigare granskningen från 2016. Nedan redovisas några iakttagelser och bedömningen från granskningen:

- I den föregående granskningen från 2016 framkom brister i kännedom om vissa rutiner med koppling till patientsäkerhetsarbetet hos vårdpersonal. Vi noterar att informationsinsatser om rutiner och riktlinjer har genomförts. Dock anser vi inte att tillräckliga åtgärder har vidtagits då sökbarheten i regionens dokumenthanteringssystem är lika bristfällig som vid den tidigare granskningen. Vi ser dock positivt på att det planeras en uppdatering av systemet.
- Vi anser att det är otillfredsställande att ansvarsfördelningen för patientsäkerhetsarbetet fortfarande inte har fastställts av ansvarig nämnd utan av hälso- och sjukvårdsdirektören. Enligt Patientsäkerhetslagen ska ansvarig nämnd fastställa ansvarsfördelningen.
- Vi ser positivt på att det nu sker en systematisk uppföljning av att åtgärder efter patientskadeutredningar genomförts. Vi anser att detta är en viktig del i vårdgivarens kontrollfunktion av patientsäkerhetsarbetet
- Åtgärder har vidtagits för att minska underrapportering. Dock kvarstår problemet med underrapportering vilket innebär att ytterligare åtgärder behöver vidtas.
- Vi anser att det är mycket otillfredsställande att det fortfarande inte går att göra statistikuttag och sammanställningar ur avvikelserapporteringssystemet. Detta innebär en stor brist i det systematiska patientsäkerhetsarbetet då mönster och trender av bakomliggande orsaker till vårdskador inte kan synliggöras. Detta kan innebära att riskförebyggande åtgärder uteblir.
- Verksamhetschefer har ett ansvar för att erfarenheter från vårdskadeutredningar sprids till andra enheter där liknande händelser skulle kunna inträffa. Spridningen av erfarenheterna uppges ske i olika forum, men det har varit svårt att i protokoll och minnesanteckningar kunna verifiera detta. Vi rekommenderar därför att det görs en uppföljning av hur spridningen fungerar som en del av vårdgivarens egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet.
- Enligt lag och Socialstyrelsens föreskrifter ska personalen ha kompetens för att delta i kvalitet och patientsäkerhetsarbetet. Utbildningsinsatsen som dåvarande regionstyrelsen avgav i sitt svar vid granskningen 2016 har inte fullföljts. Utifrån vad som framkommit från intervjuer finns det fortfarande ett stort utbildningsbehov. Vi anser därför att det är viktigt att ytterligare utbildningsinsatser genomförs.
- Analysen i regionens övergripande patientsäkerhetsberättelse har förbättrats. Dock saknas en analys över avvikelser och patientklagomål vilket innebär att den sammantaget inte är tillfredsställande.

2020-03-07

Dnr: REV/27/2019

## 2 INLEDNING/BAKGRUND

---

Regionens revisorer har mot bakgrund av sin risk- och väsentlighetsanalys bedömt det angeläget att genomföra en uppföljande granskning av den del av patientsäkerhetsarbetet som avser egenkontroll.

Egenkontroll när det gäller patientsäkerhetsarbetet handlar om att kontrollera att verksamheten bedrivs på ett patientsäkert sätt. Egenkontroll består av avvikelserapportering, klagomålsrapportering, rapporter- och ärenden från IVO, ärenden från Patientnämnden etc. Resultatet av egenkontrollen skall tas med i det framåtriktade patientsäkerhetsarbetet.

Rutiner och riktlinjer är en väsentlig del i patientsäkerhetsarbetet. Granskningen från 2016 visade på brister i kännedom om dessa rutiner och riktlinjer. Bristande sökbarhet i ledningssystemet uppgavs vara en av anledningarna till denna brist.

I granskningen från 2016 framkom oklarheter kring ansvarsfördelningen inom patientsäkerhetsarbetet. En ny organisation för det centrala patientsäkerhetsarbetet har införts sedan föregående granskning. Patientsäkerhetsarbetet är numera ett eget område och ingår i hälso- och sjukvårdsförvaltningen, mot tidigare som en del av regionstaben.

Enligt Patientsäkerhetslagen har vårdpersonal en skyldighet att rapportera avvikelser. Vårdgivaren har ett ansvar att informera och uppmuntra vårdpersonal att skriva avvikelser och tillhandahålla ett rapporteringssystem. Av granskningen från 2016 och granskningar dessförinnan har det framkommit att det finns en stor underrapportering av avvikelser. Tidsbrist har uppgetts som den främsta orsaken till underrapportering, men även ett omständligt rapporteringsförfarande och kunskapsbrist om vad som ska rapporteras nämns som orsaker.

I granskningen från 2016 framkom att regionens avvikelssystem inte fungerade på ett tillfredsställande sätt. Problemen bestod bl.a. i att det inte gick att få ut statistikrapporter ur avvikelserapporteringssystemet och att systemet upplevdes som trögt och tungarbetat. Utvecklingsarbetet av avvikelserapporteringssystemet blev ständigt framflyttat.

Enligt Patientsäkerhetslagen ska information om patientsäkerhetsrisker spridas till andra enheter inom organisationen. I granskningen från 2016 framkom brister i spridningen av erfarenheter. I styrelsens svar på granskningen var en åtgärd för att förbättra spridningen inrättandet av ett forum för samverkan där område patientsäkerhet, vårdstrateg och hälso- och sjukvårdsdirektör skulle ingå.

Ytterligare en brist som framkom i granskningen från 2016 var att analysen i patientsäkerhetsberättelsen borde förbättras. Enligt svaret från Regionstyrelsen skulle en ny modell för att utarbeta patientsäkerhetsberättelser införas.

2020-03-07

Dnr: REV/27/2019

### 3 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

---

#### Syfte

Det övergripande syftet med granskningen har varit att ta reda på om Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden har en tillfredsställande egenkontroll av att det bedrivs ett ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete.

#### Revisionsfrågor

Granskningen har haft följande revisionsfrågor att besvara:

- Har tillfredsställande åtgärder vidtagits för att öka kännedom om rutiner och riktlinjer som hör samman med egenkontrollen?
- Finns en tillfredsställande ansvarsfördelningen för arbetet med egenkontrollen?
- Har tillfredsställande åtgärder vidtagits för att minska underrapporteringen av avvikelser?
- Har tillfredsställande åtgärder vidtagits eller planeras vidtas för att möjliggöra uttag av statistikrapporter ur avvikelserapporteringssystemet?
- Har åtgärder vidtagits för att åstadkomma en tillfredsställande spridning av erfarenheter till andra enheter?
- Sker en tillfredsställande kompetensutveckling inom kunskapsområdet patientsäkerhet för berörd personal?
- Har åtgärder vidtagits så att patientsäkerhetsberättelselen uppfyller Patientsäkerhetslagens krav.

Granskningen är avgränsad till de områden som ingick i granskningen från 2016 vilka var:

- Område Patientsäkerhet
- Område Kirurgi
- Område Öron och Ögon
- Område Hjärta, Neurologi och Rehabilitering
- Område Akutvård

### 4 REVISIONSKRITERIER

---

Granskningen har haft följande revisionskriterier:

- Hälso- och sjukvårdslagen
- Patientsäkerhetslagen
- Socialstyrelsens föreskrift om ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Regionplanen 2020

### 5 METOD

---

Granskningen utförs genom dokumentstudier och djupintervjuer. Substansgranskning utförs för att i erforderlig omfattning verifiera gjorda utsagor samt att system och rutiner fungerar på avsett sätt. De intervjuade har fått möjlighet att lämna synpunkter på iakttagelserna i rapporten. Dessa synpunkter har inarbetats i rapporten.

2020-03-07

Dnr: REV/27/2019

## 6 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

---

### 6.1 KÄNNEDOM OM RUTINER OCH RIKTLINJER

Enligt Patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren, dvs. ansvarig nämnd, se till att det finns processer och rutiner för patientsäkerhetsarbetet i tillräcklig omfattning (1). Den enskilde medarbetaren ska ha kännedom om rutiner för att rapportera avvikelser, klagomålshantering och vårdhygiens rutiner, enligt patientsäkerhetsamordnarna.

I den föregående granskningen från 2016 framkom brister i kännedom om vissa rutiner hos vårdpersonal. Det gällde dels rutinen om att patienter alltid ska informeras när de drabbats av vårdskada, dels rutinen för klagomålshantering.

I den tidigare genomförda granskningen framkom också att rutiner och riktlinjer var svåra att hitta i regionens dokumenthanteringssystem Centuri och att sökbarheten därför borde förbättras (2).

När det gäller rutinen om att informera patienten om att denne har drabbats av en vårdskada uppger de intervjuade att en förbättring har skett. Enligt en områdeschef finns en speciell informationsbroschyr framtagen att överlämna till patienten om denna har drabbats av vårdskada.

#### Klagomål från patienter och anhöriga avvikelserapporteras inte alltid

Från och med 2018 har Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården trätt i kraft. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har bara skyldighet att utreda vissa händelser av svårare karaktär och patienter och närstående som inte är nöjda med vården ska i första hand lämna sina klagomål till den verksamhet som ansvarar för vården. Verksamheten som tar emot klagomål ska bekräfta att de tagit emot klagomålet inom ett dygn och lämna ett svar inom fyra veckor.

Enligt gällande rutin ska klagomålsärenden rapporteras i avvikelshanteringssystemet (12). Av intervjuade framkommer det dock att det är i varierande grad patientklagomål rapporteras in i avvikelserapporteringssystemet. En del klagomål klaras av direkt på telefon och då avvikelserapporteras inte alltid klagomålet.

En ny rutin för klagomålshantering uppges vara under framtagande vilket kommer innebära att klagomålet rapporteras via 1177 och kanaliseras vidare till berörd verksamhetsansvarig. Dock har tidsplanen för införandet försenats bland annat pga. tekniska problem hos dataleverantören Inera som tillhandahåller den digitala plattformen.

#### Fortfarande svårt att hitta rutiner och riktlinjer

Det är fortfarande svårt att hitta dokument i regionens dokumenthanteringssystem, enligt intervjuade. Dock kommer en ny version av dokumenthanteringssystemet att införas där sökfunktionen förmodas bli bättre.

Enligt en intervjuad medicinskt ledningsansvarig (MLA) kan det ibland finnas en osäkerhet kring vilka rutiner som är aktuella. I dokumenthanteringssystemet ska det inte vara möjligt att hitta inaktuella rutiner och riktlinjer, men det kan finnas dubletter av rutiner och riktlinjer. Detta kan uppstå om man istället för att revidera en rutin eller riktlinje gör

2020-03-07

Dnr: REV/27/2019

en ny upplaga. Då kan, enligt uppgift, finnas både aktuella och inaktuellt rutiner samtidigt.

#### Åtgärder för att öka kännedom om rutiner och riktlinjer

På frågan om vilka åtgärder som genomförts för att öka kännedom om rutiner och riktlinjer svarar de intervjuade från verksamhetsområdena att vid arbetsplatsträffar (APT) och professionsmöten lämnas och informeras om rutiner och riktlinjer. Denna uppgift har vi dock haft svårigheter att verifiera vid genomläsning av APT- protokoll.

Patientsäkerhetssamordnarna uppger att dom informerar om rutiner och riktlinjer i samband med utbildningar. De ansvarar för två nätverk, ett nätverk för ledningssjuksköterskor och ett omvårdnadsråd.

I omvårdnadsrådet ingår chefer och verksamhetsutvecklare från slutenvården, primärvården och tandvården. I rådet ingår också ämnesrepresentanter från olika vårdpreventionsområden och syftet med rådet är att sprida information om rutiner och riktlinjer. Rådet ger också ut ett nyhetsbrev om bl.a. nyheter kring vådrutiner.

Ledningssjuksköterskor har funnits i verksamheten sedan ett par år och syftet är bl.a. att ge bättre förutsättningar för cheferna att leda och samordna det dagliga arbetet på vårdavdelningen och för att bedriva ett aktivt förbättringsarbete.

Chefläkarna informerar också om rutiner och riktlinjer vid utbildningar. Målgruppen för denna information har framförallt varit chefer, MLA och ST-läkare. Man använder Socialstyrelsens samlade stöd för patientsäkerhet vid information om bland annat lagar och föreskrifter och går igenom de lokala rutiner som gäller därutöver.

På frågan om det har genomförts någon uppföljning av kännedom om rutiner och riktlinjer hos vårdpersonalen, svarar de intervjuade att man inte känner till att någon sådan uppföljning skett.

### **Bedömning**

- Vi noterar att informationsinsatser om rutiner och riktlinjer har genomförts. Dock anser vi inte att tillräckliga åtgärder har vidtagits då sökbarheten i regionens dokumenthanteringssystem är lika bristfällig som vid den tidigare granskningen. Vi ser dock positivt på att det planeras en uppdatering av systemet.
- Följsamheten till gällande rutin att avvikelserapportera klagomål bör förbättras.
- Vi anser det otillfredsställande att gällande rutin när det gäller revidering av dokument inte följs. Denna brist medför en osäkerhet om vilket dokument som är giltigt.
- Vi rekommenderar att egenkontrollkontroll av följsamheten till rutiner och riktlinjer förstärks. Egenkontrollen av följsamheten till rutiner och riktlinjer är en del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

## **6.2 ANSVARFÖRDELNING**

Enligt Patientsäkerhetslagen har vårdgivaren en skyldighet att dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten. Det innebär att ansvarig nämnd skall besluta om vem eller vilka som i vårdgivarens ställe ska svara för att ett systematiskt patientsäkerhetsarbete utförs (1).

2020-03-07

Dnr: REV/27/2019

Vid granskningen från 2016 framkom att hälso- och sjukvårdsdirektören hade fastställt ansvaret för patientsäkerhetsarbetet och inte ansvarig nämnd, dvs. dåvarande regionstyrelsen. Av svaret från regionstyrelsen skulle ansvarsfördelningen fastställas av ansvarig nämnd. Den dokumenterade ansvarsfördelningen har reviderats sedan föregående granskning, men fortfarande är det hälso- och sjukvårdsdirektören som fastställt ansvarsfördelningen (3).

#### Område patientsäkerhetsansvar och uppgifter

Patientsäkerhetssamordnarna och chefläkarna uppger att deras ansvar och uppgifter inte har ändrats sedan föregående granskning. När det gäller arbetsuppgifter kopplade till egenkontrollen har patientsäkerhetssamordnarna en controllerfunktion som i huvudsak sker genom journalgranskning. Hygienskoterskorna som också ingår i området genomför punktprevalensmätningar (PPM mätningar), främst mätningar av hygienrutiner och vårdrelaterade infektioner.

Controllerfunktionen utifrån avvikelserapporter sker i begränsad omfattning, då avvikelserapporteringssystemets statistikfunktion inte har fungerat under en längre tid och att statistik därför saknas.

Chefläkarna är anmälningsansvariga enligt Patientsäkerhetslagen kap 3 §5 (Lex Maria). I deras uppdrag ingår också att verka proaktivt för patientsäkerheten, t ex. att utredningskyldigheten efterlevs, göra aggregerade analyser och genomföra utbildningar. Chefläkarna upplever inte något behov av ytterligare beslutsmandat. En skillnad jämfört med tidigare granskning är dock att chefläkarna numera har i uppgift att följa upp att åtgärderna som framkommer vid vårdskadeutredningar genomförs. Vid den tidigare granskningen fanns en oklarhet i riktlinjer när det gällde chefläkarnas mandat att efterfråga om åtgärder vidtagits efter Lex Maria ärenden.

#### Patientsäkerhet - eget område eller stabsfunktion?

Patientsäkerhetsenheten ingår i linjeorganisationen som ett eget verksamhetsområde inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Chefläkarna påpekar att enligt Socialstyrelsens allmänna råd bör de ha en sådan ställning inom organisationen så att de kan överblicka och påverka det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Utifrån detta skulle regionstaben vara en mer ändamålsenlig placering. Diskussioner om organisatorisk placering har förts, men inget beslut om någon organisatorisk förändring har fattats. För ett antal år sedan tillhörde chefläkarna och patientsäkerhetssamordnarna dåvarande landstingsstaben.

Diskussioner har också förts om hur stor chefsläkarfunktionen ska vara. För närvarande motsvarar chefsläkarresursen 1,5 tjänst, men det finns planer på att minska den till 1 tjänst totalt, enligt chefläkarna. En sådan förändring skulle innebära att arbetet inriktas framförallt mot anmälningsansvaret och händelseanalyser och det proaktiva arbetet får stå tillbaka. Chefläkarna anser att det viktigt att vidmakthålla men även utveckla det proaktiva arbetet.

#### Verksamhetschefen ansvar för egenkontrollen.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska det finnas en verksamhetschef som ansvarar för verksamheten. En av verksamhetschefens uppgifter är att säkerställa patientsäkerheten. Verksamhetschefen behöver inte ha medicinsk kompetens, men utan sådan får denne inte bestämma över vård och behandling av patienter och ansvaret uppdras till någon annan (4).

Medicinskt ledningsansvariga läkare (MLA) ska vara ett stöd till verksamhetschefen i arbetet med det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Uppfattningen bland de intervjuade verksamhetscheferna är att man har ett gott stöd av sin MLA.



2020-03-07

Dnr: REV/27/2019

Vid den tidigare granskningen framkom emellertid att enbart 18 % av cheferna upplevde ett bra stöd från MLA och samma låga andel ansåg att de hade ett tydligt uppdrag. Vi har i denna granskning efterfrågat att ta del av uppdragen för MLA. Det ska enligt uppgift finnas en mall för uppdraget som MLA, som dock inte är publicerad i Centuri, och som vi inte kunnat tagit del av. En ny uppdragsmall för MLA håller på att utarbetas. Enligt uppgift kan uppdragen skilja sig åt mellan olika områden beroende på områdets uppdrag och förutsättningar. Vi har utan framgång försökt få ta del av uppdragen för MLA från de granskade områdena.

Om ordinarie verksamhetschefen saknas ska en t.f. verksamhetschef utses. I den tidigare granskningen framkom att det inte alltid var tydligt vem som var t.f. verksamhetschef. I regionstyrelsens svar framkom att en ny rutin skulle tas fram för att säkerställa detta. Enligt patientsäkerhetssamordnarna framgår det numera alltid vem som är t.f. verksamhetschef. Det finns en chefslista som regelbundet uppdateras där befattningen som t.f. verksamhetschef framgår (6). Chefläkarna anser dock att rutinen fortfarande inte är helt tillfredsställande.

### **Bedömning**

- Vi anser att det är otillfredsställande att ansvarsfördelningen för patientsäkerhetsarbetet fortfarande inte har fastställts av ansvarig nämnd utan av hälso- och sjukvårdsdirektören, vilket inte är i enlighet med Patientsäkerhetslagen.
- Vi ser positivt på att chefläkarna nu fått mandat att följa upp att åtgärder efter patient-skadeutredningar genomförts. Vi anser att detta är en viktig del i vårdgivarens kontrollfunktion av patientsäkerhetsarbetet.
- Vi anser att det kan finnas anledning att återigen se över rutinen som ska säkerställa att det alltid ska finnas en t.f. verksamhetschef. Detta då det finns en tveksamhet hos chefläkarna om att gällande rutin är tillfredsställande.
- I tidigare granskning ansåg flera chefer att det fanns otydligheter kring MLA uppdraget när det gällde patientsäkerhetsarbetet. Då vi inte kunnat ta del av uppdragen i denna granskning har vi inte kunnat göra en egen bedömning. Den allmänna uppfattningen bland de intervjuade cheferna i denna granskning är dock att man har ett gott stöd av sin MLA. Vi anser emellertid att det är otillfredsställande att vi inte fått tagit del av MLA uppdragen, vilket i sig är ett brott mot kommunallagens bestämmelser om vad revisor ska få ta del av. Det är också otillfredsställande att mallen för uppdragen inte finns att tillgå i regionens dokumenthanteringssystem Centuri.

### **6.3 UNDERRAPPORTERING**

Enligt Patientsäkerhetslagen har hälso- och sjukvårdspersonal en skyldighet att avvikelserapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada. Vårdgivaren har en skyldighet att informera och påminna hälso- och sjukvårdspersonalen om deras skyldigheter. För hanteringen av inrapporterade avvikelser ska vårdgivaren tillhandahålla ett avvikelserapporteringssystem (7).

I den föregående granskningen framkom att det fanns en underrapportering av avvikelser. En anledning till denna underrapportering uppgavs främst vara tidsbrist. Chefläkarna

2020-03-07

Dnr: REV/27/2019

framhöll införandet av Gröna Korset som en åtgärd för att öka rapporteringsbenägenheten.

Gröna Korset innebär att man dagligen tar upp om det hänt någon avvikelse, risk eller incident under föregående dygn och visualiserar detta genom ett kors av månadens dagar som helst ska bli grönt (inga avvikelser). Det förs också ett resonemang om att det som inträffat ska avvikelserapporteras. Något beslut om ett generellt införande för berörda enheter hade vid den tidigare granskningen inte fattats (4).

Vid den föregående granskningen framkom också att handläggningen av avvikelser tog mycket tid, samtidigt som de som skulle handlägga avvikelserna var överhopade med andra arbetsuppgifter. Diskussioner hade förts om att skapa andra roller i avvikelsehanteringen som att till exempel utse ombud för cheferna att handlägga avvikelser.

#### Underrapportering av avvikelser kvarstår

Enligt patientsäkerhetssamordnarna finns det fortsatt en stor underrapportering av avvikelser. I resultatet av patientsäkerhetskulturmätning framgår också att benägenheten att rapportera avvikelser är ett stort utvecklingsområde (6).

Av intervjuer från granskade verksamhetsområden framkommer också att det fortfarande finns en underrapportering. Man menar emellertid att det numera finns en ökad medvetenhet om vad som ska rapporteras som en avvikelse och vad som inte ska rapporteras. Detta har medfört att vissa händelser som tidigare rapporteras numera sällas bort i högre grad.

Det pågår ett arbete med att renodla vad som ska rapporteras som en avvikelse, och att detta arbete till stor del sker genom daglig styrning i form av Gröna korset. Enligt en områdeschef kvarstår det dock ett arbete att göra innan man helt har renodlat vad som egentligen ska avvikelserapporteras.

Numera finns ett beslut om att gröna korset eller annan form av daglig styrning ska användas inom verksamheten (5). Inom ett område hade dock inte Gröna korset införts. En anledning till det, enligt områdeschefen, var att det tidigare funnits visst motstånd hos några av personalen.

Enligt den patientsäkerhetssamordnare som arbetar med avvikelserapporteringssystemet är avvikelserapporteringen fortsatt komplicerad och tidskrävande.

#### Införande av avvikelsekoordinatorer

Under 2019 har en befattning som avvikelsekoordinator inrättats. Som regel är det verksamhetsutvecklarna som innehar befattningen. I arbetet som avvikelsekoordinator ingår bl.a. att ta emot avvikelserna och göra en kvalitetsgranskning och därefter vidarebefordra avvikelserna till ansvarig chef för fortsatt handläggning.

#### **Bedömning**

- Åtgärder har vidtagits för att minska underrapportering. Dock kvarstår problemet med underrapportering vilket innebär att ytterligare åtgärder måste vidtas.

2020-03-07

Dnr: REV/27/2019

#### 6.4 UTTAG AV STATISTIKRAPPORTER

Enligt Patientsäkerhetslagen är en grundläggande del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet att säkerställa att riskerna i verksamheten identifieras och analyseras. För att möjliggöra detta ska det finnas ett system där inrapporterade avvikelser kan sammanställas och analyseras (1).

För att vårdgivaren ska kunna se mönster eller trender som indikerar på brister i verksamhetens kvaliteter måste rapporterade klagomål och synpunkter sammanställas och analyseras. Genom en sammanställning kan bakomliggande orsaker till vårdskador som t.ex. systembrister synliggöras som annars inte framkommer i en enskild avvikelserapport (13).

I granskningen från 2016 framkom att det inte gick att få ut statistik och sammanställningar ur avvikelserapporteringsystemet vilket medförde att avvikelserapporter enbart i mycket begränsad omfattning användes som underlag för vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete (4).

Vi har noterat att problematiken från 2016 kvarstår. Statistikdelen i avvikelserapporteringsystemet saknas helt. Det saknas ett verktyg kopplat till avvikelседatabasen som kan användas för att bearbeta data. Enligt chefläkarna och patientsäkerhetssamordnarna har en uppdatering av systemet ständigt skjutits fram av leverantörerna och diskussioner har förts inom regionen om att byta leverantör. Något beslut avseende detta hade inte fattats vid granskningens genomförande.

Intervjuade verksamhetsutvecklare uppger att de för 2019 har gjort en manuell sammanställning av avvikelser för sitt verksamhetsområde. Detta har skett genom att de manuellt hämtat avvikelserapporter ur systemet och sammanställt dessa på ett Excelblad. Avvikelsekoordinatorerna poängterar att detta är en tidskrävande arbetsuppgift som inte är hållbar på sikt. Någon motsvarande sammanställning totalt för regionen har inte skett.

#### **Bedömning**

- Vi anser att det är mycket otillfredsställande att det fortfarande inte går att göra statistikuttag och sammanställningar ur avvikelserapporteringsystemet. Detta innebär en stor brist i det systematiska patientsäkerhetsarbetet då mönster och trender av bakomliggande orsaker till vårdskador inte kan synliggöras. Detta kan innebära att riskförebyggande åtgärder uteblir.

#### 6.5 SPRIDNING AV ERFARENHETER

Enligt Patientsäkerhetslagen begränsas inte ansvaret hos en verksamhetschef till att vidta åtgärder inom den egna verksamheten utan gäller generellt. Detta innebär att en verksamhetschef har ett ansvar för att resultatet av en vårdskadeutredning sprids till andra områden där det finns risk för att liknande händelser skulle kunna uppstå (1).

I granskningen från 2016 framkom brister när det gällde att sprida resultat efter patient-skadeutredningar till andra delar av sjukvården (2). Styrelsen svarade på denna kritik att det skulle införas ett samverkansforum för patientsäkerhet där Patientnämnd, Område Patientsäkerhet, verksamhetschefer och enhetschefer skulle ingå, även patientrepresentation skulle ingå.

2020-03-07

Dnr: REV/27/2019

Enligt Chefläkarna sker spridning av resultatet från vårdskadeutredningar i hälso- och sjukvårdsdirektörens ledningsgrupper och/eller i områdenas ledningsgrupp om det framkommer generella brister i utredningen. Vid en genomläsning av hälso- och sjukvårdsdirektörens protokoll för januari t.o.m. augusti 2019 hittar vi dock ingen notering som handlar om spridning av erfarenheter från vårdskadeutredningar. I område Kirurgi områdesledningsprotokoll finns dock en återkommande punkt om Patientsäkerhet. I område Ögon Öron hittas ingen notering om spridning av vårdskador. Vi har inte kunnat ta del av protokoll från områdesledningarna när det gäller område HNR och område Akutvård då vi inte kunnat hitta dessa protokoll i Centuri.

Patientsäkerhetssamordnarna har tidigare haft ett forum med verksamhetsutvecklarna, men detta forum har upphört. Intervjuade verksamhetsutvecklare uppger att dom har egna forum för att sprida erfarenheter, och nämner som exempel olika temagrupper.

Vi har noterat att det inrättats ett samverkansråd för vårdprevention. Utifrån att ha tagit del av några av rådets minnesanteckningar kan vi inte finna någon notering som handlar om spridning av erfarenheter från patientskadeutredningar.

Brister i ordination och följsamhet till läkemedelsordinationer är ett stort problem enligt patientsäkerhetssamordnarna. Erfarenheter från läkemedelsavvikelser sker i styrgrupp läkemedel. En genomläsning av protokoll 2019 fram t o m. maj framkommer dock ingen notering som handlar om spridning av erfarenheter när det gäller läkemedelsavvikelser.

#### Lära av Lex Maria

Flertalet av de intervjuade framhåller nyhetsbrevet "Lära av Lex Maria" som en viktig del i spridningen av erfarenheter från vårdskadeutredningar. Enligt uppgift ska dessa nyhetsbrev finnas på regionens intranät "Insidan". Vi har dock enbart lyckats hitta tre sådana nyhetsbrev på Insidan.

Enligt en intervjuad områdeschef sker spridning av Lex Maria utredningar inom området vid yrkesträffar eller individuellt och inte i särskilda forum.

#### **Bedömning**

- Över tid har man provat olika former av forum för spridning av erfarenheter från vårdskadeutredningar utan större framgång. Det uppges från flera av de intervjuade finnas nya forum för att sprida erfarenheter från vårdskadeutredningar. I vilken grad detta sker är svårt att bedöma då vi inte i någon större omfattning kunna verifiera uppgifter från intervjuerna vid genomläsning av protokoll och minnesanteckningar. Det finns en skyldighet enligt Socialstyrelsens föreskrifter att dokumentera alla delar i det systematiska patientsäkerhetsarbetet varav spridning av erfarenheter är en del.
- Vi anser att nyhetsbrevet Lära av Lex Maria är ett bra sätt att sprida erfarenheter från vårdskadeutredningar. Dock har vi enbart funnit tre sådana nyhetsbrev vilket vi inte anser är tillräckligt för en tillfredsställande spridning.
- Vi rekommenderar att det görs en uppföljning av hur spridningen av erfarenheter fungerar som en del av vårdgivarens egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet

2020-03-07

Dnr: REV/27/2019

## 6.6 KOMPETENSUTVECKLING

Vårdgivaren ska säkerställa att personalen har rätt kompetens för de arbetsuppgifter som skall utföras, men även för att kunna medverka i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet för att fullfölja sin rapporteringsskyldighet (7).

Vid tidpunkten för den föregående granskningen arrangerades en årlig patientsäkerhetsvecka<sup>1</sup> där vårdpersonal kunde ta del av olika föreläsningar inom patientsäkerhetsområdet. Dock var det ett fåtal av personalen som besökte patientsäkerhetsveckorna. Enligt en då intervjuad områdeschef var det svårt att planera bemanning så att personal kunde delta.

I den tidigare granskningen framkom att det fanns ett behov av mer utbildning bland personalen för att medverka i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Dåvarande regionstyrelsen svarade att detta utbildningsbehov skulle tillgodoses med en webbaserad utbildning. Vi kan i denna granskning konstatera att någon sådan webbaserad utbildning ännu inte genomförts.

Enligt de intervjuade har patientsäkerhetsveckan nu upphört. Enligt en intervjuad områdeschef gav den inte så mycket och deltagande var lågt. Inom några områden har man istället infört temaveckor. Ämnen som tagits upp vid dessa temaveckor har bl.a. varit nutrition och trycksår.

### Analysledarkompetensen har minskat

Analysledarkompetensen har minskat ute i verksamheten när det gäller att vara analysledare för händelseanalyser. Detta uppges bero på att det har varit en omsättning av verksamhetsutvecklare och att de nya verksamhetsutvecklarna ännu inte har utbildats i att vara analysledare. Enligt patientsäkerhetssamordnarna har det förts diskussioner om att analysfunktionen ska centraliseras. Denna förändring skulle i så fall innebära att utrymmet för det proaktiva patientsäkerhetsarbetet hos patientsäkerhetssamordnarna skulle minska om inte ytterligare resurser tillförs området.

I tre av de fyra områden som granskats har verksamhetsutvecklaren haft analysledarkompetens.

### Patientsäkerhetssamordnarna genomför utbildningar

Enligt patientsäkerhetssamordnarna lägger de ner en del av sin tid på att genomföra olika utbildningar. Några exempel är utbildningar för MLA/MLU, områdeschefer, chefsaspiranter, chefsprogram nyanställda och utbildningar om Gröna Korset. De uppger dock att det skulle behövas genomföras ytterligare utbildningar och att det därmed fortfarande finns ett utbildningsbehov.

## **Bedömning**

---

<sup>1</sup> Tidigare års Patientsäkerhetsveckan har inneburit att medborgare under två dagar haft möjlighet att träffa olika aktörer inom vården. Patientnämnden, Regionens Patientlagskunniga, och 1177 fanns på plats för frågor om information. Vårdhygien visade vikten av god handhygien med den så kallade "handtvättsbelysningen" och smittskyddsläkaren svarade på frågor om influensavaccination. Det fanns också möjlighet att bekanta sig med hur ett virtuellt hälsorum ser ut och fungerar och man kunde genomföra egna hälsotester. För medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner fanns två dagar fullspäckade med olika föreläsningar inom delar av patientsäkerhetsområdet. Trots information om tid och utbud från ca 6 månader innan till detta erbjudande om gratis fortbildning var deltagandet från verksamheterna mycket lågt.

2020-03-07

Dnr: REV/27/2019

- Enligt lag och Socialstyrelsens föreskrifter ska personalen ha kompetens för att delta i kvalitet och patientsäkerhetsarbetet. Utbildningsinsatsen som dåvarande regionstyrelsen avgav i sitt svar har inte fullföljts. Utifrån vad som framkommit från intervjuer finns det kvar ett otillfredsställt utbildningsbehov. Vi anser därför att det är viktigt att ytterligare utbildningsinsatser genomförs.

## 6.7 PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE

Enligt Patientsäkerhetslagen (1) ska vårdgivaren upprätta en patientsäkerhetsberättelse där följande delar ska framgå:

- Hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits under föregående kalenderår.
- Vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten.
- Vilka resultat har uppnåtts.

Av Socialstyrelsens föreskrift om ett ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete (12) ska det av patientsäkerhetsberättelsen följande delar därutöver framgå:

- Hur ansvaret för patientsäkerheten är fördelat?
- Hur patientsäkerheten genom egenkontroll har följts upp och utvärderats?
- Hur samverkan har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada?
- Hur risker för vårdskador har hanterats?
- Hur inkomna klagomål och synpunkter som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats?

Vid den föregående granskningen framkom att chefläkaren ansåg att för lite tid tillägnades analysdelen och att mycket av det som framkommer från patientskadetredningar skulle tillsammans med avvikelserapporter, journalgranskning m.m. kunna ligga till grund för en sammanhållen analys.

I det svar som styrelsen lämnade på granskningen uppgav man att inför 2016 hade en ny modell för patientsäkerhetsberättelsen utarbetats som skulle utvärderas under 2017.

### För 2019 har en ny modell har införts

För 2019 har en ny modell för patientsäkerhetsberättelsen tagits fram. En ny mallstruktur för patientsäkerhetsberättelsen har utarbetats utifrån rekommendation från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Den nya mallen omfattar de delar som formellt ska ingå enligt lag och föreskrift.

Enligt patientsäkerhetssamordnarna glöms analysen fortfarande ibland bort när det gäller områdenas patientsäkerhetsberättelser. Detta gäller dock framförallt de områden som inte använder den nya SKR- mallen. Ett arbete pågår dock med att utveckla analysen utifrån den nya mallen.

Enligt chefläkarna innebär avsaknad av statistik om avvikelser och patientklagomål att analysen dock fortfarande blir ofullständig.

## **Bedömning**

2020-03-07

Dnr: REV/27/2019

- Analysen i regionens övergripande patientsäkerhetsberättelse har förbättrats. Dock saknas en analys över avvikelser och patientklagomål vilket innebär att den sammantaget inte uppfyller lagens krav avseende detta.

## 7 SVAR PÅ REVISIONSFRÅGOR

Revisionsfråga	Bedömning	Kommentar
Har tillfredsställande åtgärder vidtagits för att öka kännedom om rutiner och riktlinjer som hör samman med egenkontrollen?	Delvis	Åtgärder har vidtagits. Bristerna i regionens dokumenthanteringssystem kvarstår. Positivt är att en revidering av systemet planeras.
Finns en tillfredsställande ansvarsfördelningen för arbetet med egenkontrollen?	Delvis	Chefsläkaren har mandat att följa upp åtgärder efter vårdskadeutredningar. Otillfredsställande att inte ansvarig nämnd fastställt patientsäkerhetsarbetet.
Har tillfredsställande åtgärder vidtagits för att minska underreporteringen av avvikelser?	Delvis	Åtgärder har vidtagits. Dock kvarstår en underrapportering vilket innebär att ytterligare åtgärder måste vidtas.
Har tillfredsställande åtgärder vidtagits eller planeras vidtas för att möjliggöra uttag av statistikrapporter ur avvikelserapporteringssystemet?	Nej	Detta är mycket otillfredsställande!
Har åtgärder vidtagits för att åstadkomma en tillfredsställande spridning av erfarenheter till andra enheter?	Delvis	Åtgärder för att sprida erfarenheter har vidtagits. Det har dock varit svårt att verifiera dessa uppgifter.
Sker en tillfredsställande kompetensutveckling inom kunskapsområdet patientsäkerhet för berörd personal?	Delvis	Åtgärder har vidtagits. Dock kvarstår ett ej tillgodosett utbildningsbehov.
Har åtgärder vidtagits så att patientsäkerhetsberättelsen uppfyller Patientsäkerhetslagens krav.	Delvis	Analysen är bättre. Dock saknas uppgifter om avvikelser och klagomål.

2020-03-07

Dnr: REV/27/2019

## 8 KVALITETSSÄKRING

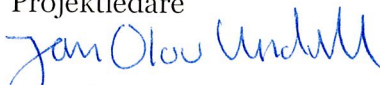
---

Berörda uppgiftslämnare och verksamhetsansvariga har faktagranskat lämnade uppgifter som finns med i revisionsrapporten.

Projektledare svarar för kvalitetssäkring gentemot uppgiftslämnare och av de insamlade uppgifter som används i analysen. Projektledaren har det primära ansvaret för att den analys och de bedömningar och förslag som förs fram är tillräckligt underbyggda.

Ansvarig för kvalitetssäkring har det övergripande ansvaret för att kontrollera om granskningen har en tillräcklig yrkesmässig och metodisk kvalitet samt att det finns en överensstämmelse mellan revisionsfrågorna/kontrollmålen, metoder, fakta, slutsatser/bedömningar och framförda förslag.


Projektledare



Jan-Olov Undvall

Certifierad kommunal revisor

Kvalitetssäkring



Leif Gabrielsson

Revisionsdirektör



2020-03-07

Dnr: REV/27/2019

## 9 REFERENSER

---

1. **Ulf H Fröberg, Timothy Hallgren.** Patientsäkerhetslagen - en lag till skydd mot vårdskada. u.o. : Institutet för Medicinsk Rätt AB, 2011. ISBN: 978-91-7864-216-8.
2. **Region Jämtland Härjedalen Revisionskontoret.** Granskning av Egenkontrollen - en del i patientsäkerhetsarbetet. 2016. Dnr: REV/19/2016.
3. **Region Jämtland Härjedalen.** Handläggning av ärenden från Patientnämnden. 2019. Reg. nr. i Centuri: 29204-4.
4. —. Fördelning av ansvar för patientsäkerhetsarbetet. 2018. Reg nr. i Centuri: 16346 - 5.
5. **Lars-Åke Johnsson.** HÄlso- och sjukvårdslagen med kommentarer - tionde upplagan. 2017. ISBN: 978-91-39-11592-2.
6. **Region Jämtland Härjedalen.** Chefer i region Jämtland Härjedalen. 2020. Reg. nr. i Centuri: 47547-27.
7. **Socialstyrelsen.** Vårdgivarens systematiska patinetsäkerhetsarbete. 2019. ISBN: 978-91-7555-502-7.
8. **Region Jämtland Härjedalen i samarbete med Institutet för kvalitetsindikatorer.** Mätning av patientsäkerhetskultur. 2018.
9. **Region Jämtland Härjedalen.** Övergripande handlingsplan patientsäkerhet 2018 - 2020. 2017. RS/2227/2017.
10. **Socialstyrelsen.** Vad säger vårdgivarnas patientsäkerhetsberättelser om utvecklingen på patientsäkerhetsområdet. 2018. artikelnr: 2018-4-23.
11. **Region Jämtland Härjedalen.** Svar på granskning av egenkontrollen - en del i patientsäkerhetsarbetet. 2017. Dnr: RS/223/2017.
12. —. Verksamhetschefens ansvar vid utredning av vårdskada. 2019. Reg. nr. i Centuri:50214-1.
13. —. Avvikelsehantering inom Region Jämtland Härjedalen. 2018. Reg. nr. i Centuri: 13687-4.
14. **Region Jämtland Härjedalen.** Utredning av enkel vårdskada. 2020. Reg. nr. i Centuri: 37210-3.